



# Tabla de Comparación

for health insurance

Esta tabla de comparación puede ayudarlo a tomar una decisión adecuada, acerca de que plan de seguro de salud es el mejor para su familia. Compare los beneficios, co-pagos y primas de seguro médico entre el plan de CHIP y el plan de seguro médico de su empleador. Decida entonces cual es la mejor opción para Usted a) Asegure a su hijo con CHIP, o b) Asegure a su hijo con el plan de seguro de salud de su empleador y reciba hasta \$100 dólares por cada niño (de UPP).

| Beneficios (por año)   | UPP & Co-pagos de Seguro Médico del Empleador      | CHIP Co-pagos de Plan A*   | CHIP Co-pagos de Plan B*   | CHIP Co-pagos de Plan C*  |
|--|--|--|--|---|
| <b>Máximo de su bolsillo</b>   |  | 5% del sueldo anual por familia  | 5% del sueldo anual por familia  | 5% del sueldo anual por familia   |
| <b>Cuota/tarifa</b>  | Se recibe hasta \$100 de UPP por cada niño por mes | \$0.00   | \$30.00 por familia/cada tres meses  | \$60.00 por familia/cada tres meses   |
| <b>Condición previamente existente</b>                                       |  | No período de espera   | No período de espera   | No período de espera  |
| <b>Deducible</b>   |  | No   | No   | \$250.00 por persona/\$500.00 por familia por hospitalización, por servicios que no requiere hospitalización y diagnósticos |
| <b>Exámenes para niños</b>   |  | \$0.00   | \$0.00   | \$0.00  |
| <b>Vacunas</b>   |  | \$0.00   | \$0.00   | \$0.00  |
| <b>Visitas al doctor</b>   |  | \$3.00   | \$5.00   | \$20.00   |
| <b>Visitas al especialistas</b>  |  | \$3.00   | \$5.00   | \$25.00   |
| <b>Visitas a la sala de emergencia</b>                                       |  | \$3.00   | \$5.00   | \$75.00   |
| <b>Ambulancia</b>  |  | \$3.00   | 5% del monto total   | 20% del monto total   |
| <b>Centro de cuidado urgente</b>   |  | \$3.00   | \$5.00   | \$25.00   |
| <b>Servicio de cirugía ambulatorio y servicios a pacientes no internados</b> |  | \$3.00   | 5% del monto total   | 10% después de deducible  |
| <b>Servicios de internal pacientes de hospital**</b>                         |  | \$25.00  | \$100.00   | 10% después de deducible  |
| <b>Servicios de rayos-x y laboratorio</b>                                    |  | \$0.00 por servicios (menos de \$350.00); \$3.00 por servicios (más de \$350.00) | \$0.00 por servicios (menos de \$350.00); 5% del monto total por cada examen (más de \$350.00) | \$0.00 por servicios (menos de \$350.00); 20% del monto total por cada examen (más de \$350.00, después de deducible)       |
| <b>Cirujano</b>  |  | \$0.00   | \$0.00   | \$0.00  |
| <b>Anestesiista</b>  |  | \$0.00   | \$0.00   | \$0.00  |

\* Planes que incluyen co-pagos son basados en el ingreso anual de la familia. Indios Americanos/ Nativos de Alaska no se les cobrara co-pagos, cuota/tarifa o deducible.

\*\* Requiere autorización o notificación previa.

| Beneficios (por año)   | UPP & Co-pagos de Seguro Médico del Empleador            | CHIP Co-pagos de Plan A*   | CHIP Co-pagos de Plan B*  | CHIP Co-pagos de Plan C*  |
|--|--|--|---|---|
| <b>Recetas médicas</b><br>- Genéricos<br>- De marca<br>- No-PDL***                   |  | GENÉRICOS - \$1.00 (menos de \$50.00);<br>\$3.00 (más de \$50.00)<br>DE MARCA - \$1.00 (menos de \$50.00);<br>\$3.00 (más de \$50.00)<br>NO-PDL - 5% del monto total | GENÉRICOS - \$5.00<br>DE MARCA - \$5.00<br>NO-PDL - 5% del monto total  | GENÉRICOS - \$10.00<br>DE MARCA - 25% ode descuento hasta 30 días de provisiones, \$5.00 pago mínimo<br>NO-PDL - 50% ode descuento hasta 30 días de provisiones, \$5.00 pago mínimo |
| <b>Servicios dentales</b><br>- Exámenes, fluoruro, etc.<br>- Empastes, coronas, etc. | Se reciben \$20 adicionales de UPP por cada niño por mes | - \$0.00<br>- \$3.00   | - \$0.00<br>- \$5.00  | - \$0.00<br>- 20% del monto total   |
| <b>Salud mental**</b><br>- Pacientes internados<br>- Pacientes no internados         |  | - \$25.00 (20 días limite)<br>- \$3.00 (20 visitas limite)   | - \$100.00 (20 días limite)<br>- 5% del monto total (20 visitas limite) | - 30% después de deducible (20 días limite)<br>- 30% del monto total (20 visitas limite)  |
| <b>Terapia física</b>  |  | \$3.00 (20 visitas limite)   | \$5.00 (20 visitas limite)  | \$25.00 (20 visitas limite)   |
| <b>Servicios de quiropráctica</b>  |  | \$3.00 (8 visitas limite)  | \$5.00 (8 visitas limite)   | \$25.00 (8 visitas limite)  |
| <b>Cuidado a domicilio y hospicio**</b>  |  | \$3.00   | 5% del monto total  | 10% del monto total   |
| <b>Equipo medico y provisiones**</b>   |  | \$3.00   | 5% del monto total  | 20% del monto total   |
| <b>Educación de diabetes</b>   |  | \$0.00   | \$0.00  | \$0.00  |
| <b>Examen visual</b>   |  | \$3.00 (1 visita limite)   | \$5.00 (1 visita limite)  | \$20.00 (1 visita limite)   |
| <b>Examen auditivo</b>   |  | \$3.00 (1 visita limite)   | \$5.00 (1 visita limite)  | \$20.00 (1 visita limite)   |

\*\*\*PDL - Un medicamento recetado en la lista de preferidos.